

بررسی جراحی پرولاپس رکتوم طی سالهای ۱۳۶۸-۱۳۷۳ در مرکز کودکان مفید

دکتر علیرضا میرشمیرانی*

دکتر محمدحسین عمید**

چکیده

در این مطالعه پرونده‌های ۵۰ بیمار مبتلا به پرولاپس رکتوم که طی سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۳ به مرکز کودکان مفید مراجعه کرده‌اند بصورت توصیفی مورد بررسی قرار گرفته است. از این تعداد ۳۰ نفر مذکر و ۲۰ نفر مؤنث بوده‌اند (نسبت پسر به دختر ۳/۲). متوسط سن مراجعه ۳ سالگی بوده و شایعترین نوع پرولاپس در این بیماران فرم کامل آن بوده است (۷۰ درصد). علائم بالینی بیماران در موقع مراجعه به ترتیب زیر بوده است: خروج توده از مقعد (۹۶ درصد)، خونریزی رکتوم (۴۶ درصد)، و یبوست و اسهال (۱۶ درصد).

از ۵۰ بیمار بستری شده که به درمان طبی سرپائی پاسخ نداده‌اند، ۴۸ بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند که در ۳۹ بیمار جراحی به روش *Ekhorn* و در ۹ مورد به روش *Lockhart-Mummery* بوده است. ۲ مورد با دستورات طبی و غیرجراحی در ضمن بستری بهبود یافته و مرخص شده‌اند (فرم ناکامل). در بین عمل‌شده‌ها دو مورد عود وجود داشته است (۴ درصد)، دو مورد فوق با روش *Ekhorn* عمل شده بودند که مجدداً تحت عمل جراحی با روشهای مذکور قرار گرفته و پس از بهبود کامل مرخص شده‌اند. تست عرق در ۳۰ بیمار انجام شده، که بجز در یک مورد بقیه منفی بوده است.

کلید واژه‌ها: ۱- درمان طبی پرولاپس رکتوم کودکان ۲- درمان جراحی پرولاپس رکتوم کودکان

۳- روش جراحی *Ekhorn*

۴- روش جراحی *Lockhart Mummery*

مقدمه

پرولاپس رکتوم یکی از بیماریهای کودکان است که معمولاً بطور ناگهانی اتفاق افتاده و موجب اضطراب و وحشت والدین می‌گردد. شیوع این بیماری در ۵۰ سال قبل بیشتر بوده است. (۱۰)

ضایعه عبارتست از بیرون زدگی رکتوم از مقعد. دو نوع پرولاپس رکتوم وجود دارد:

۱- نوع نسبی (ناکامل) که فقط مخاط رکتوم بیرون زدگی دارد و اکثراً از این نوع بوده و در اغلب موارد با درمان طبی بهبود رضایت بخش دارد. (۱۱، ۱۰)

۲- نوع کامل (*Procidentia*) که عبارتست از خروج تمام لایه‌های رکتوم و حتی بالاتر، که معمولاً بین سنین ۵-۱ سال شایع می‌باشد. (۱۰، ۱۱، ۱۲) اصول تشخیص نیز شامل موارد زیر می‌باشد: خروج توده از مقعد، بی‌اختیاری ناقص یا کامل مدفوع و ترشح یا خونریزی از مقعد (۸).

از تشخیص‌های افتراقی قابل ذکر باید پولیپ رکتوم و انواژیناسیون را نام برد که در پولیپ رکتوم توده‌ای غیرطبیعی از قسمتی از مقعد در موقع اجابت مزاج خارج و سپس به درون برمی‌گردد و خروج توده فوق دورتادور مقعد را فرا

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی - گروه جراحی کودکان - مرکز کودکان مفید

** استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی - گروه اطفال - مرکز کودکان مفید

شامل رژیم مناسب جهت نرم کردن مدفوع و رفع یبوست، تعلیم روش مناسب اجابت مزاج که کودک مبتلا از صندلی بالغین جهت اجابت مزاج استفاده می نماید در این مورد پاهای زمین بالاتر بوده و زانوهای بالا نمی باشد تا براحتی مدفوع از مقعد خارج شود،^(۱۰) و رفع بیماری زمینه ای مثل آلودگیهای پارازیتی، اسهال و پولیپ رکتوم می باشد.

بطور کلی با رعایت اصول فوق بندرت نیاز به جراحی پیدا می شود.^(۸،۹،۱۰،۱۱) گاهی قبل از جراحی برخی از پزشکان مبادرت به تزریق مواد اسکروزان در ناحیه زیر مخاطی می کنند.^(۷، ۱۰) این مواد عبارتند از: Quinine، سالین ۳۰ درصد، Sodium morrhuate، فنول ۵ درصد در روغن بادام، اولئات و اتانولامین.^(۱۱) بهر حال تزریق باید دورتادور و در چهار نقطه ناحیه و به میزان کافی (کمتر از ۲ میلی گرم) و تحت بیهوشی عمومی صورت گیرد.^(۱۰)

نکته قابل ذکر آن که همگان با انجام این کار توافق ندارند. برخی منابع استفاده آن را توأم با ریسک دانسته و صدمه عصب و عفونت را از عوارض آن می دانند.^(۳)

در صورتی که چندبار از تزریق استفاده شد و موفقیتی وجود نداشت با استفاده از نخهای غیر قابل جذب مونوفیلانمان (Monofilament) مثل تیرش (Thiersch) با روش سیرکلاژ (Cerclage) استفاده شده یا از روش گذاشتن مش پلی گالاکتین در ناحیه پره ساکرال که متداول است (طبق روش Lockhart-Mummery) استفاده می شود که با این روش معمولاً نتیجه خوب و موفقیت آمیز می باشد.^(۹)

در مواردی که پرولاپس پس از اعمال جراحی ناحیه آنورکتال باشد بایستی به روش جراحی آن را ترمیم نمود. موارد و متدهای سایر روشهای جراحی عبارتند از، کوتریزاسیون خطی رکتوم، رکتوپکسی Jvalon - Sponge، رکتوپکسی Wells، رکتوپکسی ترانس ساکرال، رکتوسیگموئیدکتومی، رزکسیون قدامی (Ant. Resection)، Plication، Stripping و روش Ekhorn و چند روش غیرشایع دیگر.^(۱۰، ۵)

نگرفته است. در انواژیناسیون هم خروج احشاء را از مقعد داریم، که با معاینه انگشت براحتی توده انواژینه شده قابل تفکیک می باشد، چون معاینه کننده براحتی بین لایه های رکتوم و روده خارج شده را بدون لمس بن بست احساس می کند. در صورتی که در پرولاپس رکتوم انگشت در همان حالت بن بست را لمس می کند.^(۱۱، ۱۰، ۴، ۳)

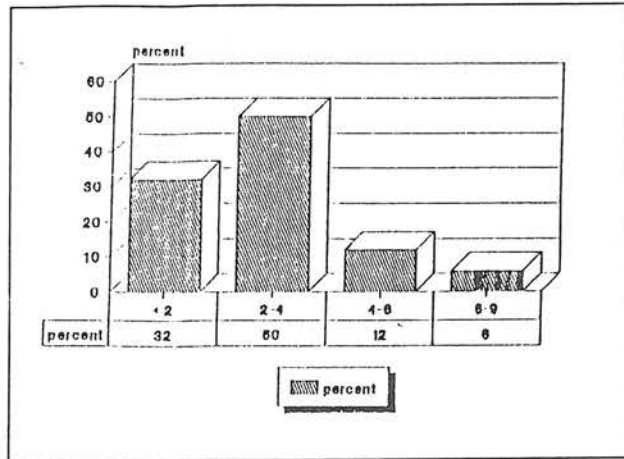
پرولاپس رکتوم معمولاً در زمینه یبوست مزمن، اسهال حاد، بیماری هیرشپرونک، کولیت اولسروز، سندرم اهلر دانلس، مننگومیلوسل، آتروفی مثانه، بیماری فیبروکیستیک (CF)، سیاه سرفه و بدنبال اعمال جراحی آنورکتال دیده می شود.^(۴، ۳، ۱) بطور کلی اتیولوژی ناشناخته است ولی بیماریهای ناتوان کننده، سوء تغذیه و آلودگیهای انگلی مساعد کننده زمینه بروز بیماری می باشد. در تمام موارد پرولاپس رکتوم تست عرق بایستی اندازه گیری شود.^(۱۱، ۱۰)

در ۲۰ درصد بیماران مبتلا به CF پرولاپس رکتوم اتفاق می افتد و در بسیاری از این بیماران شروع علائم با رخداد پرولاپس رکتوم می باشد، در مبتلایان به CF معمولاً پرولاپس در سالهای اول زندگی عارض شده اما با توصیه های درمانی و درمان آئزیمی پانکراس بهبود پیدا می کند، به همین دلیل مسئله وجود CF در کودکان مبتلا به پرولاپس حائز اهمیت بوده و باید با تست عرق مشخص گردد. قابل ذکر است که پرولاپس رکتوم در ۴ درصد بیماران مبتلا به CF با پانکراس سالم نیز اتفاق می افتد و سرفه مزمن هم می تواند این عارضه را شدت بخشد.^(۱۲)

اندیکاسیونهای انجام تست عرق عبارتست از ۱- ضایعات ریوی مثل سرفه مزمن، پنومونی راجعه و برونشولیت راجعه ۲- ضایعات گوارشی مانند ایلئوس مکنونیال، سندرم مکنونیوم پلاگ، استئاتوره، سوء جذب، پرولاپس رکتوم، سیروز صفراوی و ۳- سایر موارد مثل سابقه CF و FTT*، پولیپ بینی و Pansinusitis.

درمان پرولاپس رکتوم اکثراً طبی و غیرجراحی بوده و

(۴۰ درصد) بوده‌اند که نسبت پسر به دختر ۳ بوده‌است. کوچکترین بیمار ۳ ماهه و بزرگترین ۹ ساله بوده‌است. متوسط سن ابتلا در این بررسی ۳ سالگی بوده‌است. متوسط سن در موقع درمان جراحی بدون در نظر گرفتن جنسیت بیماران ۴ سال و ۴ ماهگی بوده‌است. (نمودار شماره ۱)



نمودار ۱- پراکندگی سنی بیماران مبتلا به پرولاپس رکتوم

از تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به پرولاپس ۷۰ درصد (۳۵ بیمار) از نوع کامل و ۳۰ درصد (۱۵ بیمار) از فرم غیرکامل (نسبی) بوده‌اند.

آزمایش مدفوع از نظر پارازیت در تمامی بیماران منفی بوده‌است. تست عرق در ۳۰ بیمار انجام شده که فقط در یک مورد مثبت بوده‌است. مورد مثبت تست عرق با تشخیص CF تحت درمان قرار گرفته و قابل ذکر است که در همین بیمار بعثت سهل‌انگاری در مصرف داروها عود بیماری پس از ۱۰ ماه عارض شده که مجدداً تحت عمل قرار گرفته و فعلاً تحت کنترل می‌باشد.

بررسی آزمایشگاهی همگی از نظر خون و ادرار طبیعی بوده‌است. هیچیک از بیماران سابقه بیماریهای تغذیه‌ای و ناتوان‌کننده را نداشته‌اند.

شایعترین علامت بیماران در موقع مراجعه خروج توده از مقعد بوده‌است (۹۶ درصد)، علائم بعدی به ترتیب خونریزی از رکتوم (۴۶ درصد)، یبوست (۱۶ درصد) و اسهال در ۱۶ درصد موارد وجود داشته‌است. (نمودار شماره ۲)

روش جراحی Lockhart-Mummary عبارتست از گذاشتن مش ساده یا آغشته به مواد تحریکی مثل پودر تالک بین رکتوم و استخوان ساکروکوکسیژال، در این روش ابتدا شکافی عرضی بین نوک استخوان کوکسیس و مقعد داده شده و دو قسمت رکتوم و استخوان دکوله می‌گردد، سپس مش در آن ناحیه گذاشته می‌شود. روش جراحی Ekhorn عبارتست از ثابت کردن مخاط رکتوم و استخوانهای ذکر شده بوسیله نخ جراحی که معمولاً از سیلک صفر یا نایلون سوزن بلند با انحنا استفاده می‌گردد و روش بدین صورت است که پس از فروبردن انگشت در رکتوم و بدرون فرستادن کامل لایه‌های پرولاپه شده سوزن را بنحوی بر قرار می‌کنیم که دو سر نخ در ناحیه ساکروکوکسیژال قرار داشته و بصورت U در خارج گره بخورد. در هر دو روش ذکر شده راکسیون مواد و نوع عمل سبب راکسیون نسجی شده و تولید چسبندگی می‌نماید.

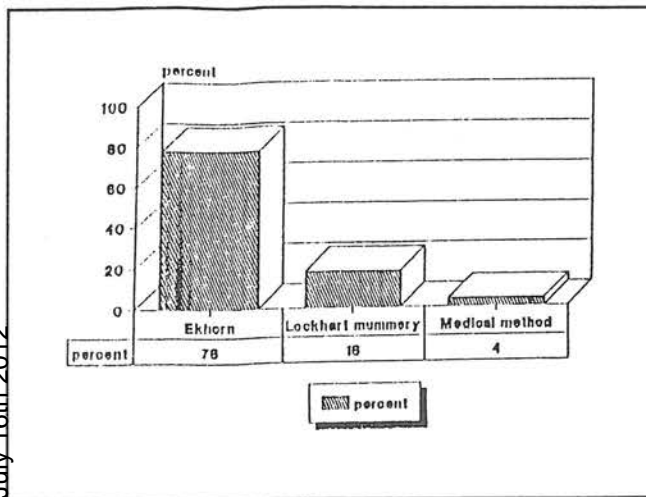
روش بررسی

بین سالهای ۱۳۶۸ لغایت ۱۳۷۳ پرونده‌های کودکان بستری شده بعثت پرولاپس رکتوم در مرکز کودکان مفید مورد بررسی قرار گرفته‌اند. تعداد بستری‌شدگان ۵۰ مورد بوده (کسانی که بطور سرپائی با درمان طبی و غیرجراحی نتیجه نگرفته‌اند). پرونده آنها بطور گذشته‌نگر (Retrospective) بررسی شده و تحت پی‌گیری مرتب قرار گرفته‌اند و همگی از نظر سن، جنس، تظاهرات بالینی، بیماریهای همراه، یافته‌های آزمایشگاهی، روشهای تشخیصی و درمانی بررسی شده و همچنین نتایج دو روش جراحی انجام شده مقایسه گردیده است. دو روش جراحی بکار برده شده عبارتند از روش جراحی Lockhart-Mummary و روش جراحی Ekhorn که در روش اول از مش ساده استفاده شده‌است.

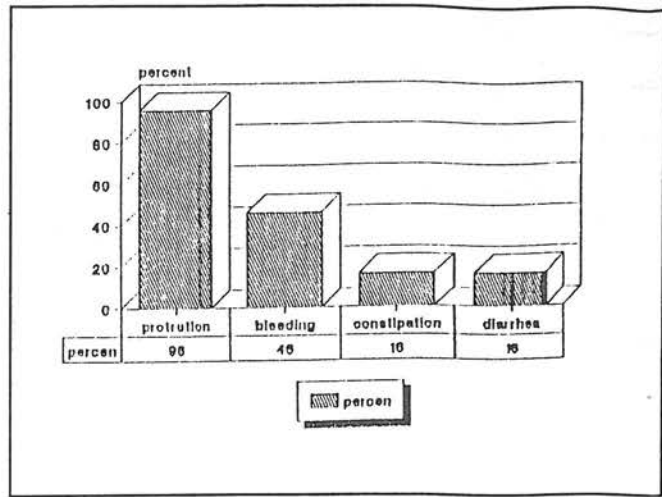
قابل ذکر است که در مرکز ما فقط از این دو روش جراحی استفاده شده و توافقی هم با استفاده از مواد اسکروزان وجود ندارد.

نتایج

از ۵۰ بیمار، ۳۰ مورد مذکر (۶۰ درصد) و ۲۰ مورد مؤنث



نمودار ۳- روشهای جراحی در ترمیم پرولاپس رکتوم



نمودار ۲- علائم اولیه در بیماران مبتلا به پرولاپس رکتوم

بحث

درمان پرولاپس رکتوم اکثراً به روش طبی و کنسرواتییو صورت می گیرد که در اغلب مواقع هم نتیجه بخش می باشد، وقتی با درمان طبی مداوا نشود اجباراً باید باروشهای متداول جراحی ترمیم گردد. (۲۰، ۸ و ۱۰)

امروزه در مراکز مختلف جراحی کودکان روشهای متعددی بکار گرفته می شود، که با توجه به نظر جراح، سابقه و تجربه وی این روشها انتخاب می گردد. (۱۰، ۲، ۵، ۶، ۸ و ۱۰)

قابل ذکر است که روشهای کنسرواتییو مثل تزریق موادی اسکروزان مدتهاست تجربه شده است، لیکن هنوز نتوانسته اکثر جراحان اطفال را قانع و راضی نماید، (۸ و ۳، ۴ و ۱۰) بنابراین همچنان روشهای جراحی مطرح می باشند. از طرفی معمولاً روشی انتخاب می گردد که کمترین آسیب را به ناحیه رسانده و

زمان کوتاه را نیاز داشته و عاری از عارضه باشد ضمناً بهترین نتیجه را حاصل نماید. عده ای با روش تیرش بدلیل وجود عارضه مخالف می باشند، در مرکز کودکان مفید هم بدلیل همین مخالفت درمان جراحی با روشهای Lockhart - Mummery و Ekhorn صورت گرفته است. از خصائص هر دو روش این است که عارضه ای نداشته و خیلی سریع صورت می گیرد، از مزایای روش Ekhorn اینکه خیلی سریعتر انجام گرفته و نیازی هم به برش جراحی ندارد، چه فقط با عبور سوزن منظور عملی می گردد. بهمین دلیل در سنوات اخیر بیشتر از روش فوق

معاینه رکتوم در تمامی بیماران عاری از نکته پاتولوژیک بوده است. در ۴ بیمار رکتوسیگموئیدوسکپی صورت گرفته که در یک نفر پولیپ رکتوم در فاصله ۱۵ سانتی متری مقعد وجود داشته است نتیجه درمان بدین صورت بوده که از تعداد ۵۰ مورد در دو نفر با توصیه های طبی مجدد و غیرجراحی درمان صورت گرفته است (۴ درصد)، ۳۹ بیمار با روش جراحی Ekhorn عمل شده (۷۸ درصد) و ۹ بیمار با روش جراحی Lockhart - Mummery (۱۸ درصد). (نمودار شماره ۳) عود در ۲ مورد وجود داشته که هر دو پس از عمل Ekhorn بوده است که عمل مجدد یکی با روش Ekhorn و دیگری با روش Lockhart - Mummery صورت گرفته است.

قابل ذکر است که در یک مورد، بیماری که تست عرق مثبت داشته و پس از تحقیق مشخص شد که در مصرف داروها کوتاهی نموده که عود پس از ۱۰ ماه و در مورد دیگر پس از یکسال عارض شده است که پس از جراحی مجدد هر دو به مدت ۳ سال مورد پیگیری قرار گرفته اند. مدت پی گیری در ۴۸ بیمار عمل شده بین ۶ ماه تا ۵ سال بوده که سه ماه یکبار کنترل می شده اند. البته از آنجائی که تعداد موارد عمل شده با دو روش برابر نبوده و جراحان آن هم یکی نبوده اند، مقایسه نتایج دو روش فوق ناصحیح می باشد.

گرفته که نتیجه رضایت بخش بوده است. با بررسی انجام شده روش Ekhorn بدلیل مزایای ذکر شده و پس از آن روش Lockhart - Mummery بترتیب بعنوان روشهای انتخابی و مناسب جراحی پرولاپس رکتوم توصیه می گردد.

استفاده شده و نتایج خوبی هم حاصل گردیده است. دو مورد عارضه در بین بیماران جراحی شده مرکز وجود داشته که یکی را می توان بعلت وجود CF در بیمار دانست. همانطور که ذکر گردید موارد عود هم با دو روش فوق الذکر جراحی مجدداً انجام

REFERENCES

- 1) Ashcraft K.W., Holder T.M; *Textbook of ped. surgery; 2nd Edition*, W.B. Saunders Company, 1993; pp: 411-413
- 2) Ashcraft K.W, and Holder T.M: *Rectal prolapse 17 years experience with the posterior repair and suspensoon*, *Journal of ped. surgery*; Vol 25, No 9 (Sep), 1990; 992-995
- 3) Behrman RF, Nelson W.E: *Textbook of pediatrics*, 14 th . ed, W.B. Saunders, 1992; PP: 991-992
- 4) Behrman RF, Nelson W.E: *Textbook of pediatrics*, 15th. ed W.B Saunders 1996; PP: 1241-1243
- 5) Chwals W.J, Woolley M.M: *Treatment of rectal prolapse in children*, *Journal of Ped. surgery*; vol 25 No 7, 1990; PP: 715-718
- 6) Corman ML; *Rectal prolapse: surgical techniques*, *surgical clinic of north am.* 68:6 1988, PP: 1255
- 7) Kay Nrm, Zachary RB: *Treatment of rectal prolapse in children with injection of saline solution*; *J. ped. Surg.* No.5; 1970; P: 334-337
- 8) Law Rence W.Way: *Current surgical diagnosis and treatment*; 9th ed, a lange medical book, California 1991: PP: 692-694
- 9) Lockhart Mummery JP: *Surgical procedures in general practice*; BR. med. journal 1. 1939; 345-347
- 10) Waker, W.A Durie: *Ped. gastrointestinal disease*, Vol one, decker inc. Philadelphia, 1991; PP: 500-501 B.C

**SURGICAL EVALUATION OF RECTAL PROLAPSE IN
CHILDREN FROM 1990 TO 1995 IN MOFID
CHILDREN'S HOSPITAL**

*A. Mirshemirani, M.D.**

*M.H. Amid, M.D.***

ABSTRACT

From Oct.1990 to Oct. 1995 50 cases of rectal prolapse were evaluated retrospectively in Mofid Hospital.

The patients consisted of 30 male and 20 female, with a M:F ratio of $\frac{3}{2}$, mean admission age was 3 years and majority had complete form of rectal prolapse. The most common symptoms were as follows, protrusion of mass in 96%, rectal bleeding in 46%, and diarrhea and constipation in 16% of cases. 48 patients were treated surgically (Ekhorn method in 39 cases and Lockhart - Mummery procedure in 9 cases), 2 cases were treated medically and discharged symptom free.

In 2 patients who were treated by Ekhorn method, symptoms recurred (4%) both were corrected surgically again (1 by Ekhrorn and one by L.M.Method) and discharged symptom free. Sweat test were performed in 30 patients (60%). All but one had normal results.

Key words:1)Childhood rectal prolapse 3) Ekhorn method

2) Surgical treatment

4) Lockhart - Mummery procedure

* Assistant Professor of Pediatrics Surgery - Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services

** Assistant Professor of Pediatrics Surgery - Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services